DISSERTATION

N° 177.

SUR QUELQUES CAUSES

D'INERTIE DE LA MATRICE

PENDANT

LE TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTE-CHARLES LEROUX, de Tirpied,

Département de la Manche;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Laus magna tibi tribuetur, in uno corpore servato, restituisse duos. TIBUL., lib. 4.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Président.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A LA MEILLEURE DES MÈRES.

Ses sacrifices n'ont connu d'autres bornes que l'impossible ; sa tendresse est sans égale ; ma reconnaissance sera éternelle.

A MON FRÈRE.

Gage de l'amitié éternelle que je lui ai jurée.

A MON ONCLE DUVAL,

MON MEILLEUR AMI.

A.-C. LEROUX.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurq0006unse

DISSERTATION

SUR QUELQUES CAUSES

D'INERTIE DE LA MATRICE

PENDANT

LE TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT.

L'accouchement est une fonction naturelle, aidée des contractions utérines et des muscles abdominaux.

L'utérus remplit le principal rôle dans le travail de l'enfantement ; les contractions des muscles abdominaux doivent être regardées comme puissances auxiliaires. Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de porter la main sur l'abdomen de la femme lorsqu'elle fait valoir ses douleurs ; alors on sent que l'utérus se contracte, se resserre ; on le sent encore mieux lorsque, pour une cause quelconque, on est obligé de porter la main dans l'intérieur de l'utérus. La douleur est un phénomène qui accompagne presque constamment les contractions utérines ; elle suit les mêmes progressions qu'elles, puisqu'elle commence, croît, décroît et cesse avec elles ; cependant il

faut remarquer que la sensibilité de la femme influe beaucoup sur le sentiment douloureux qu'elle éprouve.

S'il suffisait de constater que la femme éprouve des douleurs pour être convaincu que l'utérus se contracte, rien de plus facile : mais la femme en travail peut éprouver plusieurs espèces de douleurs. Elles ont été distinguées par les accoucheurs en *vraies* et en *fausses douleurs ;* leur diagnostic est de la dernière importance, puisqu'on doit favoriser les vraies, qui sont le prélude de l'accouchement, et tâcher de calmer celles qui sont étrangères aux contractions utérines.

Le toucher seul peut faire reconnaître si la femme qui souffre ressent des douleurs produites par les contractions de l'utérus : les douleurs devront être regardées comme vraies si, dans le moment où la femme souffre, le globe utérin se durcit; si l'orifice se resserre, se roidit sur le doigt, qui sent en même temps la tension des membranes; si, à mesure que les douleurs diminuent, le relâchement survient dans toutes ces parties. Toutes les fois que pendant la douleur on ne remarquera pas les phénomènes dont nous venons de parler, les douleurs seront fausses et ne dépendront pas des contractions utérines.

Puisque, comme nous venons de le voir, les contractions et les douleurs sont indispensables pour que l'accouchement puisse se terminer par les seules forces de la nature, lorsqu'une cause quelconque empêchera ces phénomènes d'avoir lieu, l'accouchement naturel sera impossible. Rien de moins constant que la marche des douleurs de l'enfantement; tantôt elles augmentent tout à coup, tantôt elles diminuent, s'éloignent, et cessent même pour un temps plus ou moins long, quelquefois pour ne plus reparaître; ce qui peut dépendre de plusieurs causes, dont chacune présente une indication spéciale. C'est donc vers la connaissance de ces différentes causes que doivent tendre tous les soins de l'accoucheur, s'il ne veut pas s'exposer à administrer des médicamens qui sont presque toujours inutiles, lorsqu'ils ne sont pas funestes à la mère et à l'enfant.

Bien pénétrés de cette idée, que les moyens curatifs propres à ranimer les contractions utérines doivent varier comme les causes qui

les ont fait naître, nous tâcherons, autant qu'il sera en nous, d'établir les divers caractères à l'aide desquels on pourra les reconnaître toutes les fois qu'elles se présenteront.

Plusieurs causes peuvent empêcher le développement régulier des douleurs; alors le travail de l'enfantement se prolonge pendant un temps plus ou moins considérable. Ces différentes causes peuvent dépendre : 1°. de la préoccupation; 2°. de l'état pléthorique; 3°. de l'extrême distension de l'utérus; 4°. de la résistance du col de l'orifice; 5°. de la résistance du périnée; 6°. de la non-évacuation de l'eau de l'amnios par la trop grande résistance des membranes; 7°. de la rupture des membranes au-dessus de l'orifice du col de l'utérus; 8°. de l'obliquité de la matrice; 9°. d'une hémorrhagie; 10°. d'une attaque d'hystérie; 11°. de la faiblesse dépendante de la constitution de la femme; 12°. de l'épuisement de la contraction utérine, etc.

Dans la description de ces différentes causes, nous suivrons l'ordre dans lequel nous les avons énoncées ci-dessus.

1°. On remarque généralement que des contrariétés vives, la présence de personnes dont la vue déplaît, l'abattement d'esprit, un chagrin profond, un événement fâcheux annoncé imprudemment, rendent les contractions utérines lentes, irrégulières, éloignées, faibles et presque sans action pour opérer la dilatation de l'orifice et l'expulsion du fœtus. Fort souvent la sortie de la personne dont la présence déplaisait à la femme, l'arrivée de l'accoucheur, en faisant cesser l'inquiétude de la femme, amènent un calme plus ou moins prolongé après lequel les douleurs reparaissent. Dans ces cas, les contractions utérines sont suspendues par une espèce de spasme et non par une faiblesse réelle. Si le médecin ne parvient pas à ranimer les douleurs en agissant sur le moral de la femme, il pourra employer avec succès les narcotiques et les antispasmodiques, etc.

2°. Si le travail dure depuis long-temps chez une femme pléthorique, et que cependant l'orifice se dilate lentement, ou que même

les douleurs se suspendent après avoir été très-fortes, l'observation apprend qu'après une saignée il survient un relâchement subit, et que les douleurs reviennent. Le même précepte est applicable aux femmes qui éprouvent une congestion vers le cerveau, qui simule quelquefois les effets d'une faiblesse apparente, qu'il serait dangereux de confondre avec celles qui naissent du défaut de forces réelles.

On reconnaît que les forces qui paraissent anéanties ne sont que comprimées par l'état antérieur de la femme qui présentait tous les signes d'une constitution vigoureuse. Il faut bien avoir soin de remarquer si cet affaiblissement ne dépend pas d'une hémorrhagie quelconque, car alors l'indication serait toute autre. Nous renvoyons à l'article où nous traiterons l'hémorrhagie, pour faire connaître les moyens qu'on devrait mettre en usage pour y remédier.

3°. La trop grande quantité des eaux de l'amnios, qui est un vice assez commun, peut nuire de plusieurs manières à l'accouchement; les parois de l'utérus en sont distendues outre mesure pendant la grossesse; cette tension trop forte leur fait perdre leur tonicité, et rend par conséquent les contractions plus faibles, peut même les anéantir.

Doit-on, dans ce cas, rompre de bonne heure les membranes, dans le but de faire cesser cette tension extrême? ou bien doit-on attendre? Les opinions sont partagées. Les uns veulent qu'on rompe les membranes avant que la dilatation du col soit complète. L'enfant, disent-ils, a moins à redouter de cette rupture, parce que l'orifice offre moins de résistance; d'ailleurs, si l'enfant court quelques dangers de plus par cette rupture prématurée, ils ne sont pas à comparer à ceux auxquels serait exposée la femme dans plusieurs cas, si on l'omettait. Les autres, pensant que si on rompait les membranes dans la vue de faire cesser l'extrême distension de l'utérus on s'exposerait à tous les inconvéniens qui peuvent résulter de l'inertie de l'utérus, veulent par conséquent qu'on attende tout du temps, et qu'on soutienne la femme par des alimens toniques et fortifians. Ne pourrait-on pas objecter, à cette dernière manière de voir, que si on attend que

le col soit totalement effacé, lorsque les membranes viendront à se rompre, l'enfant pourra s'échapper avec les eaux; la femme sera exposée à une hémorrhagie grave dépendante de l'inertie de l'utérus, qui est encore augmentée par une sorte de stupeur produite par une déplétion subite? Il ne faut pas non plus perdre de vue, dans cette circonstance, que pour que l'accouchement se termine d'une manière favorable, il faut que l'utérus se vide par une suite de déplétions successives.

4°. La rigidité des parties de la génération peut occasioner l'inertie de l'utérus chez une femme qui accouche pour la première fois, étant déjà parvenue à un âge avancé. Chez une femme quoique jeune, les parties peuvent être naturellement très-étroites, ou être resserrées accidentellement par une cicatrice ou par l'usage des astringens portés inconsidérement dans le vagin.

Les bains, les demi-bains, les fomentations émollientes, doivent être employés quelque temps avant l'accouchement pour leur rendre leur souplesse naturelle. Si cependant la femme est pléthorique, il faut avant tout recourir à la saignée, moyen qui est très-propre à désemplir les vaisseaux et à diminuer la rigidité du col.

Quelquefois l'orifice du col de l'utérus offre une dureté, une callosité si considérables, que les efforts de la nature ne suffisent pas pour opérer la dilatation. Après avoir employé les moyens que nous avons cités plus haut sans aucune efficacité, il ne faut plus balancer, il faut inciser le col de l'utérus; car la rupture de l'utérus et du vagin pourrait être la suite des efforts violens de la femme. Cependant, on ne doit avoir recours aux incisions que lorsqu'il y a occlusion complète, menace instantanée de rupture de l'utérus, de convulsions, de déchirure des parties génitales, de mort du fœtus ou de quelque autre accident grave; mais lorsqu'il existe des cicatrices plus ou moins étendues, il faut attendre, se borner seulement à faciliter la dilatation du col par des injections mucilagineuses ou des onctions avec des corps gras.

5°. La rigidité des parties qui environnent la vulve a la même influence fâcheuse sur la durée de l'accouchement; mais quand la femme est forte et vigoureuse, les efforts qu'elle fait, finissent par vaincre cette résistance, en produisant la dilatation progressive de la vulve. Cependant, si ces efforts sont brusques et trop violens, ou si le tissu des parties est peu souple, ils déterminent une déchirure soit aux grandes lèvres, soit au périnée; dans ce dernier cas, la déchirure peut s'étendre jusqu'à la marge de l'anus. Il n'en est pas toujours ainsi; quelquefois la résistance du périnée l'emporte sur l'intensité des contractions utérines, celles-ci finissent par s'affaiblir, par perdre toute leur énergie.

Les seules indications, en pareil cas, sont de relâcher le tissu des parties par des bains émolliens, des vapeurs de même nature, des onctions avec des mucilages ou des corps gras, de soutenir avec soin le périnée et les bords de la vulve, lorsque les douleurs reviennent.

6°. Quelques auteurs donnent le conseil de rompre les membranes dans la non-évacuation de l'eau de l'amnios par la trop grande résistance des membranes, pour ranimer les douleurs qui sont affaiblies; ils pensent que, lorsque le travail est retardé par cette cause, il peut arriver qu'après l'écoulement des eaux, la matrice, augmentée dans son épaisseur, irritée par le corps de l'enfant, se contracte avec plus de force. L'avantage qui peut résulter de cette rupture, pour l'accélération de l'accouchement, peut-il contre-balancer les dangers que court l'enfant? Ne vaudrait-il pas mieux employer d'autres moyens pour ranimer les contractions utérines? Si la dilatation du col n'est pas opérée suffisamment, la rupture des membranes pourrait devenir dangereuse pour la mère et pour l'enfant. D'ailleurs, après avoir opéré la rupture des membranes, les contractions utérines n'en deviennent souvent pas plus fortes. Si l'accoucheur se déterminait à rompre les membranes pour épargner des douleurs à la femme, sa conduite ne serait pas justifiée; car les douleurs ne sont pas en pure perte pour la femme, elles lui en épargnent souvent d'autres après ses couches.

Il faut toujours avoir présent à la mémoire que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes sont d'autant moins exposées aux accidens consécutifs de l'accouchement que le travail s'est terminé avec plus de lenteur.

7°. Le travail est toujours allongé en pure perte pour l'enfant, lorsque la rupture des membranes a lieu au-dessus de l'orifice du col, parce que les eaux ne peuvent s'écouler que petit à petit, à mesure que la tête, en s'avançant vers l'orifice de l'utérus, les force à refluer vers la crevasse. Si la poche tarde trop long-temps à se rompre vers l'orifice de la matrice, on doit déchirer les membranes, bien entendu que le col de l'utérus sera suffisamment dilaté. Si ce phénomène se présentait au début du travail, il faudrait bien se garder de rompre les membranes, car elles sont d'une grande utilité pour la dilatation du col. Peut-être devrait-on tenter, dans ce cas, l'emploi des médicamens que l'on a vantés jusqu'à ce jour comme propres à réveiller l'action engourdie de l'utérus.

8°. Toutes les fois que le fœtus ne présente pas une de ses extrémités dans la direction des axes du bassin, l'accouchement est impossible; la difficulté de l'accouchement, dans les cas d'obliquité, résulte de la lenteur avec laquelle l'orifice de l'utérus se dilate et de la direction vicieuse imprimée au corps de l'enfant. On admet ordinairement quatre obliquités de l'utérus : une antérieure, une postérieure, et les deux autres latérales; l'antérieure et les deux latérales sont seules possibles. Lorsque l'obliquité antérieure est légère, loin de nuire à l'accouchement, elle semble, au contraire, le favoriser : ce n'est que lorsqu'elle est trop grande qu'elle peut lui devenir contraire. Voici les signes à l'aide desquels on pourra reconnaître l'obliquité antérieure de l'utérus, qui est, sans contredit, la plus fréquente; le fond de la matrice est porté au niveau et même au-dessous du bord supérieur des pubis, l'orifice de la matrice est fortement porté vers le sacrum ; quelquefois l'obliquité est portée si loin, que quelques

accoucheurs ont même cru qu'il n'existait pas de col de l'utérus. La nature de notre sujet ne nous permet pas de décrire les divers moyens curatifs que cette obliquité réclame : nous voulons seulement parler de celles que des moyens simples suffisent pour corriger. Souvent il suffit de placer la femme sur un plan horizontal, de sorte que la partie supérieure de l'abdomen soit moins élevée que le bassin. Si on ne réussit par ce moyen à remédier à l'obliquité, presque constamment on y parvient en poussant en haut le fond de la matrice, avec les mains appliquées sur l'abdomen.

Les mêmes préceptes sont applicables aux obliquités latérales.

9°. Lorsque par une cause quelconque il survient une hémorrhagie, la femme s'affaiblit de plus en plus, les contractions utérines qui, au début, paraissaient avoir une grande activité, finissent par se ralentir peu à peu, et par cesser complètement si on ne remédie pas à la cause qui a occasioné l'hémorrhagie.

Les causes immédiates les plus ordinaires de ces sortes d'hémorrhagies tiennent au décollement du placenta, soit en partie, soit en totalité, et, selon quelques auteurs, à la rupture des vaisseaux ombilicaux.

On sait, en effet, quand on réfléchit aux lois qui président au développement de la grossesse, qu'il ne peut y avoir d'hémorrhagie tant que le placenta est exactement appliqué à la surface interne de l'utérus auquel il correspond. Cette application vient-elle à cesser par une cause quelconque, dans une étendue plus ou moins considérable, il survient une perte, dont l'activité et l'abondance seront relatives au tempérament, à l'âge, à la force du sujet, ainsi qu'aux diverses circonstances qui ont accompagné le décollement du placenta. Une fois détaché de la matrice, même par sa plus petite surface, ses rapports avec cet organe étant changés, le placenta d'un côté, l'utérus de l'autre, laissent échapper conjointement une quantité plus ou moins considérable de sang par les orifices de leurs vaisseaux mis également à nu.

Lorsque le sang coule au-dehors, on dit que l'hémorrhagie est *apparente;* quand au contraire le sang séjourne dans l'intérieur de l'utérus, l'hémorrhagie est *cachée.* Rien de plus facile que de reconnaître une perte externe; rien de plus obscur que de constater celle qui est interne. Dans le premier cas, le sang coule au-dehors. En jetant les yeux sur les parties externes de la génération, on voit sans peine le sang couler le long du périnée. Quoique cette circonstance soit péremptoire, elle n'est pas la seule qui donne à l'homme de l'art la mesure des dangers que court la femme en travail. D'autres phénomènes dépendant de la même cause, ajoutent encore une nouvelle certitude à celle qu'on a acquise par la vue de l'écoulement. La femme éprouve une faiblesse qui va toujours croissant; si la perte continue, elle est prise de défaillances, de syncopes; ses yeux s'éteignent, ses lèvres se décolorent; elle n'entend plus ni ne voit plus; une sueur froide coule sur toute la surface de son corps; enfin, elle est en danger de périr, si on ne lui prodigue pas à l'instant même, les plus prompts secours.

Quoiqu'il ne soit pas très-facile d'établir le diagnostic de l'hémorrhagie interne, cependant, avec un peu d'attention, on en vient presque toujours à bout.

L'augmentation rapide du volume de l'utérus, sa plus grande fermeté, sa forme arrondie, la tension douloureuse de la région hypogastrique, la pâleur de la face, la petitesse du pouls, les syncopes, tels sont les phénomènes qui la font reconnaître.

Les principales causes de l'hémorrhagie interne dépendent ordinairement, 1°. de ce que le sang s'amasse entre le placenta et l'utérus; 2°. de la rupture des vaisseaux ombilicaux; 3°. de la contraction du col de l'utérus; 4°. de ce que l'orifice de la matrice est bouché par un caillot, par le placenta, ou par une des parties que présente l'enfant; 5°. enfin, d'un coagulum de sang qui remplit le vagin.

Que l'hémorrhagie soit interne ou externe, l'indication est toujours la même; elle consiste à provoquer les contractions utérines. Quand l'hémorrhagie est légère, des frictions sur l'abdomen, l'application de

corps froids, le repos, les boissons acidules, la situation horizontale, etc., peuvent suffire; mais si elle est assez abondante pour exposer la vie de la mère et de l'enfant, il faut terminer l'accouchement le plus promptement possible. Deux cas peuvent se présenter : ou le col est dilaté, ou il ne l'est pas. Si le col est à peine entr'ouvert, si son bord est épais, ferme, il faut d'abord recourir aux frictions, aux compresses trempées dans de l'eau froide ou du vinaigre, qu'on applique à la vulve, à la partie interne des cuisses, sur la région hypogastrique, enfin au tampon si l'hémorrhagie est externe. Quand tous ces moyens ont été employés inutilement, il faut provoquer les douleurs en irritant le bord de l'orifice de l'utérus; on tâche même d'introduire quelques doigts dans l'intérieur de l'utérus pour agacer sa surface interne. Lorsque le col est suffisamment dilaté, on ouvre la poche des eaux en continuant à exciter les contractions utérines, jusqu'à ce que le travail soit bien établi. Si la perte diminue dans la proportion que les douleurs augmentent, l'expulsion de l'enfant est confiée aux soins de la nature. Mais si, après l'évacuation de l'eau, l'hémorrhagie persiste au point d'affaiblir la femme, on dilate le col pour aller chercher les pieds, quand le fœtus est au-dessus du détroit supérieur; on emploie le forceps quand la tête est dans l'excavation. Il ne faut pas vider la matrice trop brusquement, mais bien d'une manière successive, comme nous avons déjà eu occasion de le dire ailleurs.

Dans le cas d'insertion du placenta sur la circonférence du col, on emploie d'abord les moyens généraux que nous avons indiqués plus haut, puis le tampon, si l'hémorrhagie ne cède pas à ces premiers moyens. Si cette masse spongieuse n'est attachée sur l'orifice que par son bord, l'accouchement naturel est encore possible; mais si elle répond centre pour centre à l'orifice, on est obligé de la décoller pour ouvrir la poche des eaux et pour aller chercher les pieds. On est également obligé de terminer l'accouchement quand il survient une autre hémorrhagie quelconque, par la bouche, par le nez, etc.

10°. Les femmes hystériques sont exposées, pour la cause la plus lé-

gère, à éprouver un trouble universel qui fait cesser les contractions utérines ; elles éprouvent cependant des douleurs très-vives, mais qui n'ont aucun rapport à l'accouchement, parce qu'elles ne dépendent pas des contractions utérines, et sont par conséquent en pure perte pour le travail de l'enfantement. Ces douleurs se font sentir, tantôt dans les intestins, tantôt dans la vessie, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre.

Les bains, les injections narcotiques, sont toujours très-utiles, ainsi que les antispasmodiques. La terminaison prompte de l'accouchement par le moyen du forceps ou par la version est quelquefois nécessaire pour soustraire l'enfant aux dangers qu'il court.

11°. Il est très-rare qu'une femme soit assez faible pour ne pouvoir accoucher par les seules forces de la nature, quand tout d'ailleurs est bien disposé pour le passage de l'enfant. On a vu des femmes mourantes, des femmes dans un état complet de léthargie ou d'asphyxie, des femmes mortes même, conserver assez de contractilité musculaire pour donner le jour à l'enfant qu'elles portaient. Si les contractions utérines sont faibles, la résistance des parties est peu considérable, et par conséquent l'accouchement exige peu d'efforts pour se terminer.

Quoiqu'en général les femmes faibles accouchent avec assez de facilité, on en a cependant vu périr quelquefois d'épuisement à la suite d'accouchemens naturels et peu difficiles. Toutes les fois donc que la faiblesse des contractions utérines dépendra de celle de la constitution de la femme, il faudra, autant qu'il sera au pouvoir de l'accoucheur, tâcher de donner du ton à toute l'économie ; alors il pourra prescrire un peu de vin vieux, du vin de liqueur, de bons bouillons, des consommés, etc. Si cependant il y avait quelques raisons de craindre un trop grand épuisement, il faudrait épargner à la femme les efforts de l'accouchement : l'emploi du forceps semble alors préférable à la version de l'enfant, si les choses étaient disposées de façon que l'un des deux moyens ne fût pas impérieusement indiqué.

12°. Si la femme qui éprouve les premières douleurs de l'enfantement n'était pas environnée de personnes qui, pour l'ordinaire, étant étrangères aux phénomènes de l'accouchement, l'engagent à pousser, rarement on observerait l'épuisement des contractions utérines, lorsque surtout tout est bien disposé du côté de la mère et de l'enfant. La femme est portée à faire valoir ses douleurs comme malgré elle, et n'a pas besoin d'instructions; elle y est excitée naturellement par le sentiment de ténesme qu'occasione la pression de la tête sur le cercle de l'orifice de l'utérus et surtout sur l'extrémité inférieure du rectum. Les efforts qu'on ferait faire à la femme avant cette époque de l'accouchement, non-seulement seraient inutiles, mais encore la fatigueraient, épuiseraient ses forces, dont l'emploi peut devenir dans la suite très-nécessaire.

Empêcher cet épuisement d'avoir lieu, y remédier lorsqu'il existe: telle est la double indication que l'accoucheur doit remplir. La conduite à tenir pour accomplir la première indication a été exposée plus haut; la seconde seule doit fixer notre attention.

Plusieurs moyens ont été recommandés pour remédier à l'épuisement des contractions utérines; il serait trop long et trop fastidieux de les énumérer tous; un seul parmi un si grand nombre mérite que nous entrions dans quelques détails, tant à cause de sa nouvelle introduction dans la matière médicale, qu'à cause de son mode d'action sur l'économie animale; nous voulons parler de l'emploi du seigle ergoté.

Quoique l'emploi du seigle ergoté, comme propre à ranimer les contractions utérines, remonte, au rapport de *Camérarius*, au seizième siècle, ce n'est guère que dans ces derniers temps que son administration a été peut-être trop vantée par les uns et trop blâmée par les autres. La plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui que le seigle ergoté jouit de deux propriétés bien distinctes : l'une toxique et l'autre obstétricale. Les différentes épidémies de gangrène observées dans les pays où on a remarqué que les graines céréales contenaient beaucoup d'ergot, ne laissent aucun doute sur sa propriété toxique ;

mais plusieurs expériences faites sur les animaux et sur l'homme même, prouvent qu'il en faut une assez grande quantité pour occasioner la gangrène. Administré à la dose d'un gros, et même plus, il n'en est résulté aucun accident; dose qui surpasse évidemment celle qu'on emploie ordinairement pour accélérer le travail de l'enfantement. Sous le rapport de son administration, on n'a donc rien à redouter; mais il s'agit de savoir s'il remplit bien l'indication qu'on se propose en l'administrant.

Le seigle ergoté jouit d'une propriété spéciale sur l'utérus. Son action principale est de ranimer les contractions utérines, lorsqu'elles n'ont plus lieu. C'est ordinairement dix minutes ou une demi-heure après son administration qu'il exerce son action. Alors le ventre devient extrêmement dur, comme dans une contraction naturelle. Mais cette contraction est constante, permanente; elle semble agir sur la contractilité de l'organe; toutes les parties de l'utérus éprouvent cette contraction. Si on touche la femme, on trouve le col, qui, avant l'administration du seigle ergoté, était mou, d'une rigidité et d'une dureté extrêmes; la matrice éprouve une espèce de spasme général; le col utérin, au lieu de se dilater, se resserre, devient plus tendu; de sorte qu'on serait presque tenté de croire que ces douleurs intolérables sont en pure perte, et qu'elles n'accélèrent pas le travail. Un exemple cité par M. *Paul Dubois*, dans son cours d'accouchemens, semble confirmer cette assertion. Une femme, exténuée de fatigues, après avoir été long-temps en proie aux plus vives douleurs et soumise à plusieurs manœuvres inutiles pour terminer l'accouchement, se présenta dernièrement à la Maternité. Vue, pour la première fois, vers midi, par M. *Paul Dubois*, la matrice était dans une inertie complète; le soir, même état; aucunes douleurs ne se manifestèrent dans cet intervalle de temps. Vingt grains de seigle ergoté, en deux doses, furent administrés. Quelque temps après, la femme éprouva des douleur atroces. Cet état, vraiment alarmant, dura environ trois quarts d'heure : le col était d'une rigidité extrême. Voyant que ce moyen avait échoué, MM. *Desormeaux* et *Paul Dubois* résolurent de terminer l'accouchement

à l'aide du forceps. Cette opération se fit avec beaucoup de facilité : l'enfant vint mort : un peu de méconium ayant sorti par le vagin avait fait d'avance pressentir cet accident.

Si l'administration du seigle ergoté n'occasione presque jamais d'accidens à la femme, en est-il toujours de même pour l'enfant? On n'oserait trop l'affirmer, surtout lorsqu'on vient à examiner ce qui se passe lorsque la femme en travail éprouve un spasme de l'utérus.

D'après ce que nous venons de voir précédemment, les contractions utérines, occasionées par l'emploi du seigle ergoté, ont autant lieu sur le col que sur le corps de l'utérus. On n'atteint donc pas le but qu'on se propose, et la contraction est quelquefois perdue pour la femme, parce que le col a offert une résistance qui n'a pas été vaincue par les contractions du corps; et l'on sait que, pour qu'un accouchement se termine d'une manière naturelle, il faut que l'intensité des contractions du corps de l'utérus soit plus forte que celle du col. Si donc on pouvait exciter les contractions du corps indépendamment de celles du col, le but qu'on se propose serait atteint, et tout se passerait comme dans un accouchement naturel.

Réfléchissant qu'on avait employé avec beaucoup de succès l'extrait de belladone pour diminuer la rigidité du col de la matrice pendant le travail de l'enfantement, nous avons pensé qu'il serait sans doute avantageux de l'employer concurremment avec le seigle ergoté; par ce moyen, on empêcherait peut-être le col de l'utérus de partager les contractions du corps.

Si les occasions nous ont manqué d'expérimenter ce moyen, nous réclamons l'indulgence de messieurs les professeurs en faveur de l'intention que nous avons eue de le mettre en pratique : alors nous serons plus que payé des efforts que nous avons faits pour mériter leurs suffrages et nous rendre digne de leur bienveillance.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.